

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



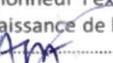
Déclaration de Maladie

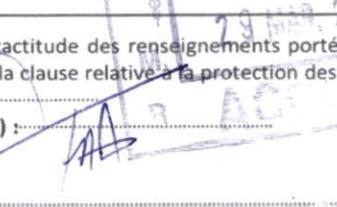
N° W21-720536

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08700	Société : Royal Air Maroc		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAYSS ABDELAH			
Date de naissance : 03/08/68			
Adresse : habitation			
Tél. : 06 55 48 33 38 Total des frais engagés : 380 + 2710,6 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 17/03/2014			
Nom et prénom du malade : Fayss ABDELAH Age : 55			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :  Le : 28/03/2014

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/02/24	C + EG		389,00	INP : <input type="text"/> 
				Py. ASSISTANT DE CHIRURGIEN Dr. DUMONT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Des Darousses Dr. ALAMI ZINEB Mosquée Noura Lot Nour Casablanca 00-29-20	13/01/2014	2710,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

LETTRE DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

PHARMACIE
Des Darbistes
Dr. ALAMI ZINEB
Modulée Nautes Lot Nouvelles
Casablanca 29 28 59

جامعة محمد السادس



Bouskoura

2400295730 / 230831144231MO
Prénom: ABDELALI
Nom: FARIS
DDN: 03/08/1968 E: 15/02/2024
Service: CONSULTATION ADUL TF (US)

PAYANT
Sexe: M

11
x3 Ged

269,00
C.R.C. 105

399,00 x 3 1190,00

Galvus Met 30/100
200

269,00

11
x3 Ged



230831144231MO

PHARMACIE
Des Drs ZINEB
Dr. ALAMI ZINEB
Mosquée Naouira Lot Naouira
Casablanca 15222 29 28 69

15 février 2024

FARIS ABDELALI

EXFORGE 10 MG/160 MG 1cp/jour ttt de 3 mois

EXTRAMAG 1cp/jour matin pdt 1 mois

9,50

D cure fort 100 000 1amp/semaines pdt 3mois

46,30 x 2

521⁶



PPV : 46,30
LOT : 23H21
EXP : 08/2026

PPV : 46,30
LOT : 23H21
EXP : 08/2026





2400295730 / 230831144231MO

Prénom : ABDELALI

Nom : FARIS

DDN : 03/08/1968 E: 15/02/2024

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)

Technicien :

Commentaires :

 PAYANT
Sexe: M

15/02/2024 13:17:53

FC: 63 bpm

PR: 174 ms

QRS: 90 ms

QT/QTcH: 382/387 ms

QTcB: 391 ms

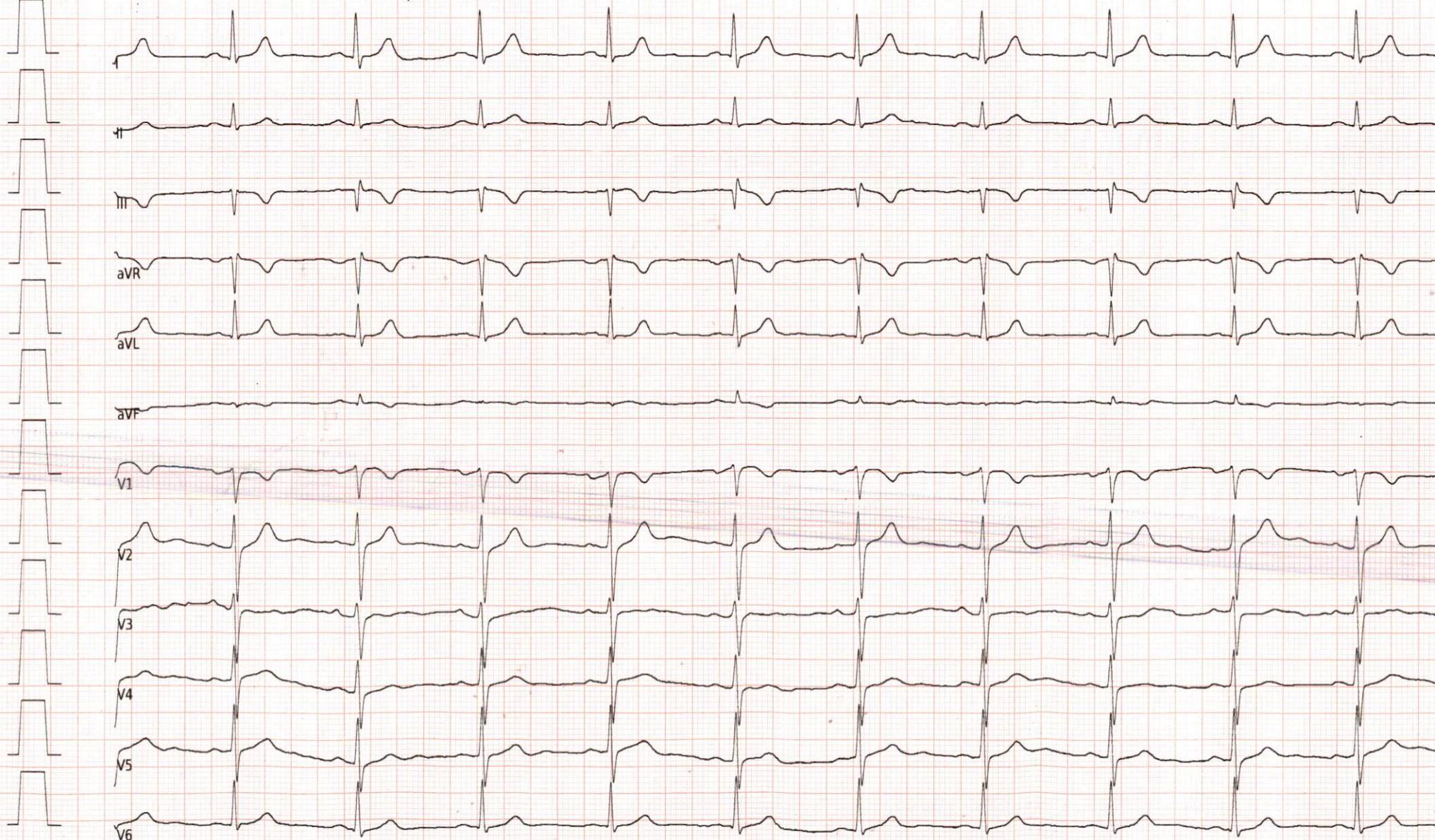
QTcF: 388 ms

Rv5-e/Sv1 : 1.12/0.67 mV

Sok-Lyon : 1.79 mV

Axe: 24/8/-5 °

RAPPORT NON CONFIRMÉ

IA: 1U2/101
Fc: 63

Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:25Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2402151504300140 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400295730	FARIS ABDELALI	15/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	000883	350,00
PAYANT	Total payé	350,00

TROIS CENT CINQUANTE DIMédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Reçu établi par : N.HAKIMA



مركز النقديات

ACHAT))))

15/02/24 15:08:09
9900240830 92408303

HM6 BAF CENTRALE

Bouskoura

A0000000031010

*****2890 VISA

CARTE LOCALE 221-0-9999-1-44

MONTANT : 350,00 MAD

Num Transaction : 007

Num Autorisation : 521579

STAN : 000883

TICKET CLIENT